Rok XXX. Kraków, 17 Października 1891. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu z powodu wodogłowia płodu (wyzdrowienie) [1]).

Podał
Dr. Maksymilijan Cercha,
asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj.

Wiadomo Panom, że pęknięcie macicy jest najniepomyślniejszem powikłaniem porodu i najcięższą sprawą, jaka spotkać może lekarza przy łóżku rodzącéj.

Nie należy ono wprawdzie do częstych i może przyjdzie czas, że będziemy je zaliczać do białych kruków w położnictwie, dotychczas jednak wydarza się według Bandla raz na 1183 porodów, według Franquego na 3225, a według Karola Brauna na 2353 porodów.

Nie pomylę się, jeżeli powiem, że u nas statystyka pod tym względem wypadłaby nieco gorzéj, a przyczyny szukać należy w tem, że porody szczególnie po wsiach odbywają się pod opieką t. zw. babek, które nietylko, że żadnéj pomocy rodzącym nie przynoszą, ale owszem przez czynne, a nieumiejętne wkraczanie w prawa natury albo przez zaniedbanie pomocy we właściwym czasie stają się nieraz przyczyną zgubnych następstw dla płodu i matki. Nic więc dziwnego, że porody do najwyższego stopnia zaniedbane, lub przypadki pęknięcia macicy stanowiące od czasu do czasu materyjał kliniczny pochodzą ze wsi okolicznych.

Pęknięcie macicy, jak Panom wiadomo, może być dobrowolne lub gwałtowne, (*ruptura uteri spontanea vel violenta*), może powstać podczas ciąży, ale takowe należy do rzadkości; częściéj wydarza się podczas porodu.

Pęknięcie gwałtowne podczas ciąży powstaje zazwyczaj z powodu urazu działającego od zewnątrz. Znane są przypadki w literaturze, w których nastąpiło uszkodzenie powłok brzusznych i macicy wskutek przebodzenia rogiem (Geissler), lub w których kula przebiwszy powłoki brzuszne i macicę zraniła płód (Hays), albo w którym matka sama w przystępie szału zadała sobie rany (Guggenberg). Rzadziéj spadnięcie ze znacznéj wysokości daje powód do pęknięcia macicy, raczéj wywołuje poronienie.

Do szczególniejszych urazów, dających powód do rozdarcia macicy, a ważnych ze względu sądowo-lekarskiego, należą zabiegi wykonywane ręką zbrodniczą w celu wywołania poronienia. Urazy te odnoszą się zazwyczaj do szyi macicy, przyczem nierzadko i pochwa doznaje obrażeń.

Dobrowolne pęknięcie macicy podczas ciąży należy do rzadkości, muszą w tym razie istnieć uspasabiające warunki, jak n. p. zmiana w mięśniu, n. p. stłuszczenie lub ropień, daléj blizna w macicy po przebytem cięciu cesarskiem, wada utworowa macicy, a nareszcie gdy płód rozwija się w téj części trąbki, która przechodzi przez ścianę macicy (*graviditas interstitialis*). Krukenberg zestawił 13 przypadków, w których blizna po cięciu cesarskiem dała powód przy następnym porodzie do częściowego, lub zupełnego pęknięcia macicy.

Co się tyczy pęknięcia macicy podczas porodu, to może ono powstać również albo dobrowolnie, albo wskutek nieumiejętnie lub w niewłaściwym czasie wykonanych zabiegów operacyjnych.

Dobrowolne jest wynikiem niestosunku porodowego jużto z powodu ścieśnienia miednicy, jużteżto z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu, albo nareszcie z powodu niestosunku między główką płodu, a miednicą matki. Dawne niedokładne, a nawet dziwaczne pojęcia o przyczynach pęknięcia macicy ustąpiły dopiero pod wpływem prac Bandla, Benksiera i Hoffmeiera, które naukę o mechanizmie pęknięcia na nowe wprowadziły tory. Dzięki tym pracom odnoszącym się do t. zw. dolnego odcinka macicy, możemy dziś zawczasu rozpoznać chwilę grożącego pęknięcia, a rozpoznanie to daje nam równocześnie wskazówki do dalszego

[1]) Rzecz miana na posiedzeniu Tow. lek. krakowskiego d. 3 czerwca b. r.

postępowania, przez co możemy matkę nieraz uratować od niechybnéj śmierci. Naturalnie, że nie należy wyczekiwać téj ostatecznéj chwili, lecz skoro wiemy, wśród jakich warunków ono powstaje, należy starać się przez odpowiednie zabiegi lub należyte przeprowadzenie porodu złe grożące zażegnać.

Wiemy bowiem, że pęknięcie następuje wtedy, jeżeli z powodu niestosunku wynikłego z jednéj z wyżéj wymienionych przyczyn macica mimo pracy porodowéj zawartości na zewnątrz wydalić nie może — wtedy to potęguje się siła wydalająca macicy, czyli skurcze stają się coraz silniejszemi, które płód wydalają do szyi, ta zaś nadmiernie wskutek tego rozdęta, pęka przy następnych bólach porodowych z boku i to zazwyczaj po stronie potylicy przy położeniach główkowych, a po stronie główki przy położeniach poprzecznych.

Z chwilą pęknięcia występują zazwyczaj wybitne objawy. Ustanie bólów porodowych, zapad, krwotok zewnętrzny, większa ruchomość części poprzedzającéj, części płodu można wymacać też pod powłokami brzusznemi i inne. To jest typowy przebieg pęknięcia macicy dobrowolnego. Zdarzają się jednak przypadki, w których ani przebieg porodu przed pęknięciem, ani objawy po pęknięciu nie są charakterystyczne, w których więc pęknięcia na pewne rozpoznać nie możemy, może ono być tylko prawdopodobnem; pewnem zaś staje się dopiero po rozwiązaniu rodzącéj.

Ponieważ przypadek, którego przebieg Panom w krótkości chcę opisać, zdaniem mojem należy do tych nielicznych, w których pęknięcie nastąpiło we wczesnym okresie porodu, bez poprzednich objawów zapowiadających, gdy nadto przypadek ten mimo zachowawczego leczenia zakończył się pomyślnie, przeto sądzę, że zasługuje na to, aby kilka słów o nim wspomnieć.

Dnia 5-go marca b. r. wezwał mnie kol. Dr. Bobkiewicz w okolice Krakowa do rodzącéj kobiety w celu narady.

Z wywiadów dowiedziałem się, że osoba ta jest wieloródką, że rodzi po raz czwarty. Poprzednie porody, z których ostatni miał miejsce przed dwoma laty, odbywały się siłami natury w położeniu czaszkowem — dzieci były donoszone, żywe, porody jednak po odpływie wód płodowych trwały zazwyczaj jeszcze kilka godzin.

Podczas ostatniéj ciąży nie było żadnych zaburzeń. Kolega B. wezwany jeszcze dnia 1-go marca z powodu bolu, który miał nagle w tym dniu wystąpić w prawéj stronie brzucha, stwierdził co następuje: Stan ogólny dobry — poród rozpoczęty i to drugi ustęp pierwszego okresu, t. j. ujście zewnętrzne macicy rozwarte na wielkość czterocentówki, położenie czaszkowe nieustalone, główka okryta pęcherzem bez wód poprzedzających — po palcu spływało nieco wody płodowéj: kurczów macicy wcale nie stwierdził, a rodząca twierdziła stanowczo, że oprócz tego jednego bólu innych nie miała, chociaż jako wieloródka dobrze umiała określić charakter bólów porodowych.

Na podstawie tego badania rozpoznał, że ma przed sobą rodzącą z przedwczesném pęknięciem pęcherza płodowego, i z osłabieniem bolów porodowych. Ból zaś ten odnosił do zaburzeń w trawieniu, tem bardziéj, że rodząca nie była należycie do porodu przygotowaną. Zalecił więc lewatywę i kąpiele nasiadowe w celu wywołania bolów.

Następnego i trzeciego dnia stan ogólny miał być dobry, kurczów zaś macicy ani śladu, to też żadnego postępu w porodzie nie stwierdził. Dopiero dnia czwartego stan się zmienił na gorsze. Rodząca dostała dreszczów, ciepłota podniosła się, tętno stało się szybkiem, rodząca zaczęła zdradzać niepokój, a co najważniejszem, z pochwy zaczęła się wydobywać ciecz brudna, cuchnąca.

Nie mogąc na razie wytłomaczyć sobie tego stanu i objawów zawezwał drugiego kolegę w celu narady.

Badanie przedmiotowe, które uskuteczniłem, wykazało:

Budowa i odżywienie dobre, — ciepłota ciała 39·7°, skóra sucha, tętno drobne, nitkowate, miękkie, 136—140 uderzeń na minutę, język suchawy, rysy zaostrzone, na policzkach wypieki, oczy lśniące, liczba oddechów na minutę 35—38. W płucach zaostrzenie szmeru, pierwszy ton nad lewą komórką serca głuchy z podmuchem, w sutkach zwiększona czynność.

Brzuch znacznie rozdęty, powłoki znaczną ilością tłuszczu podszyte. Już powierzchowne obmacywanie sprawia choréj znaczny ból, który odnosi się do całego brzucha, odgłos na brzuchu wszędzie wysoko bębenkowy tylko w okolicy lędźwiowéj i nadpachwinowéj lewéj stłumiono bębenkowy. Z powodu bębnicy i znacznéj bolesności ciała odpowiadającego macicy wybadać nie można. Nad spojeniem łonowem tylko daje się wybadać opór dosyć twardy, duży, mogący odpowiadać główce, ale bardzo dużéj, tętna płodowego ani też szmerów nie słychać. Srom i wargi obrzmiałe, suche, ciepłota pochwy podwyższona, część pochwowa zanikła, ujście zewnętrzne rozwarte na wielkość czworaka, szyja rozdęta balonowato, wszystko w wysokości wchodu miednicy, położenie czaszkowe nieustalone, odcinek główki dający się wybadać płaski, główka bardzo duża, szwów lub ciemion wybadać nie można, w polu badania sklepienia czaszki, jeżeli się rękę ułoży nad spojeniem, a uciska palcem na ową kość palcem umieszczonym w pochwie, to mimo to, iż główka zdaje się być bardzo dużą, kość ta ugina się, a badający ma uczucie, jakby czaszka była bardzo elastyczną. Przedgłowia nie ma, do wzgórka kości krzyżowéj dochodzi się z trudnością, wygięcie kości krzyżowéj należyte.

Na podstawie wyniku badania rozpoznałem: Rozpoczęty poród u wielorodki, wodogłowie płodu i wynikły stąd niestosunek, który sprowadził prawdopodobnie, jeżeli nie zupełne, to częściowe pęknięcie macicy, — zakażenie.

Ponieważ stan rodzącéj nie pozwalał na dalsze wyczekiwanie, przeto postanowiłem ją rozwiązać. Z powodu bardzo lichego tętna i szmeru nad komórką lewą serca zaniechałem narkozy. W planie, jaki sobie ułożyłem, umieściłem na pierwszem miejscu wymóżdżenie, lecz zabieg wobec nieustalonéj główki, któréj nadto przez powłoki brzuszne z powodu znacznéj bolesności tychże ustalić nie można, a nadto przy mało rozwartem ujściu bywa zazwyczaj trudnym, to też mając co do tego pewne wątpliwości, musiałem myśleć o obrocie na nóżki, czemu znacznie stało na przeszkodzie niedostateczne rozwarcie ujścia zewnętrznego. Postanowiłem więc rozszerzyć ujście na przypadek, gdybym był zmuszonym z powodu ciągłego upadku sił matki do obrotu się uciec. Ostrożnie więc i bez trudności wykonałem *lege artis* rozszerzenie ujścia zewnętrznego macicy przez trzykrotne wprowadzenie po nad ujście macicy do szyi balona Brauna, napełniając go za każdym razem większą ilością wody i potem ostrożnie wyciągając. Teraz mogłem wybadać miejsce na główce błoniaste, na 2 ctm. szerokie, z brzegami kostnemi, odpowiadające bardzo szerokim szwom, co rozpoznanie wodogłowia potwierdziło. Ponieważ skóra na czaszce płodu była wiotką, więc wziąłem ją kleszczykami i tuż obok zrobiłem otwór nożycami Naegelego. Natychmiast wylało się z $^1/_2$ litra płynu surowicznego, poczem sklepienie czaszki bardzo się zapadło tak, że tylko skóra w postaci płatu zwisła. Włożywszy dwa palce do otworu starałem się pociągać, jednak bez skutku, następnie uchwyciłem ów fałd skóry (kości bowiem sklepienia czaszki, za któreby można ująć, prawie nie było) kranioklastem, ale skóra płodu rozkładającego się była b. miękka, to też każdym razem się urywała, to samo było i z hakiem Brauna. Wobec tego, że stan rodzącéj był bardzo zły tak, że asystujący kolega musiał kilka razy eter wstrzykiwać, przystąpiłem do obrotu na nóżki, który też ostrożnie wykonałem, poczem wydobycie płodu z powodu pomniejszonéj objętości główki nie przedstawiało żadnych trudności. Płód był b. duży, na skórze objawy gnicia okazujący; za płodem wydobyła się duża ilość gazów cuchnących i cieczy brudnawéj, krwawienia ani wśród ani po zabiegu nie było, wzdęcie brzucha nieco się zmniejszyło. Przystąpiłem bezwłocznie do wydobycia ło-

żyska, przyczem stwierdziłem zupełne pęknięcie szyi macicy po stronie prawéj, łożysko bowiem znajdowało się w jamie brzusznéj między jelitami, które z rany ostrożnie wyprowadziłem. Natychmiast po wyjęciu łożyska, przyczem krwotoku wcale nie było, bezpoprzedniego przestrzykiwania, zatamponowałem szyję macicy i całą pochwę 30% gazą jodoformową, położyłem na dolną okolicę brzucha okład lodowy, a na to opatrunek uciskający. Podano położnicy sporysz i środki podniecające.

Zaraz po rozwiązaniu stan nietylko się nie pogorszył, jakto zazwyczaj bywa, lecz owszem położnica była nieco spokojniejsza, przytomna, a tętno lepsze, niż przed rozwiązaniem. Mimo to rokowałem źle.

Co się tyczy przebiegu połogu, to położnica gorączkowała przez 4—5 tygodni, tor gorączki był zwalniający z nasileniami wieczornemi. Piątego dnia po porodzie wyjąłem gazę, która była przesiąknięta cieczą brudną, cuchnącą, przyczem odeszło jeszcze nieco odchodów cuchnących zamieszanych nieco z moczem spływającym z pochwy.

Stan ogólny tego dnia nienajgorszy. Tętno do 120 bębnica miernego stopnia, bolesność brzucha mniejsza, wymiotów od 24 godzin nie było. Po przepłukaniu ostrożnem pochwy 3% kwasem borowym założono znowu świeżą gazę. Siódmego dnia zmieniono znowu opatrunek; objawy zapalenia otrzewny ustępują, natomiast można stwierdzić w dolnéj części brzucha po stronie prawéj znaczny opór bolesny o brzegach falistych.

W ten sposób zmieniano opatrunek co dwa tygodnie, przyczem odchody zupełnie ustąpiły, wypocina zaś ograniczyła się.

Cieplota ciała nieco spadła, dochodząc wieczorem do 38·5°. Badanie dokonane w końcu piątego tygodnia wykazało: Stan bezgorączkowy, wypocina lekko tkliwa, dosyć twarda, pochwa zwęża się lejkowato ku górze, część pochwowa więcéj zbacza na lewo. Na granicy części pochwowéj, na przedniéj ścianie pochwy przerwa ciągłości wielkości grochu (*fistula vesico-vaginalis*). Polecono choréj kąpiele ciepłe, słone, przetwory jodowe. Obecnie, o ile mi wiadomo, osoba ta czuje się zupełnie zdrową, peryjod ma się powtarzać co 4 tygodnie bez zaburzeń, pozostały tylko dolegliwości ze strony przetoki.

Nie ulega wątpliwości, że przyczyną pęknięcia macicy w tym przypadku był niestosunek porodowy wynikły z powodu wodogłowia płodu. Czy pęknięcie całkowite powstało nagle na raz, czy też powstawało powoli warstwowo od wnętrza ku otrzewny, to na pewne rozstrzygnąć trudno; za tem drugiem przemawia brak znaczniejszego krwotoku, albowiem pojedyncze warstwy mięśniowe po pęknięciu kurczyły się, a uciskając naczynia zapobiegały krwotokowi. Brak krwotoku mniejszego lub większego podczas zabiegu, daléj okoliczność, że bóle porodowe ustały zaraz po owym nagłym bolu w boku prawym i więcéj się niepojawiły, przemawia za tem, że właśnie w chwili tego gwałtownego bólu powstało pęknięcie.

Przypadek ten właśnie z tego względu jest ciekawym i należy do rzadszych, że tu pękła macica we wczesnym okresie porodu bez poprzednich bólów, czyli, że tu nie było chwili t. zw. grożącego pęknięcia macicy, daléj, ze objawy po pęknięciu nie były zbyt wybitne tak, że lekarz nie mógł na pewne rozpoznawać. Toż i w chwili, gdy rodzącą badałem, miałem bardzo wybitne objawy zakażenia, a daleko więcéj objawów przemawiających za pęknięciem.

Przypadki podobne t. j., w których pęknięcie powstało bez poprzedzających silnych bólów i we wczesnym okresie porodu, znane są i opisane. Tu należą dwa przypadki Hoffmeiera i jeden Simpsona. W takich razach, jak twierdzą autorowie, a między innymi Veit, do pęknięcia przyczynia się znaczniejsze rozszerzenie dolnego odcinka macicy przy poprzednich porodach, wskutek czego tkanka staje się mniéj elastyczną i przy następnym porodzie już z początku porodu i przy słabych względnie skurczach macicy szczególnie u rodzących wieloródek mniéj na ból wrażliwych ulega nadmiernemu rozciągnięciu, a nawet i pęknięciu. W naszym przypadku zasługuje też ten wzgląd na uwagę, że poprzednie porody miały trwać po pęknięciu pęcherza jeszcze kilka godzin, a to mogło dać powód do znaczniejszego rozszerzenia szyi, która tym razem wobec znacznéj objętości główki dla wodogłowia uległa pęknięciu. Że zapatrywanie Veita może być słuszne, dowodzi tego przypadek Hoffmeiera, w którym podczas każdego porodu i to na początku tegoż dolny odcinek macicy tak był rozszerzony, że płód zdawał się leżeć w macicy poprzecznie. Co się tyczy zejścia po pęknięciu, to większa ich liczba kończy się śmiercią już to podczas operacyi, jużteż bezpośrednio po niéj, a to z powodu ostréj niedokrewności i wstrząsu, lub też śmierć następuje w przeciągu kilku dni z powodu zakażenia. Co do leczenia, to można w tych razach użyć metody polegającéj na drenowaniu od pochwy podanéj przez K. Brauna, zaleconéj przez Bandla, a zmodyfikowanéj przez Dührsena, który dren zastąpił gazą jodoformową, którą się tamponuje mieszkowato bez poprzedniego przestrzykiwanie; myśmy także użyli téj ostatniéj, była ona na wsi i wobec niekorzystnych warunków ze strony matki zdaniem mojem jedynie możliwą.

Druga metoda operacyjna polega na tem, że po otwarciu jamy brzusznéj zeszywa się dokładnie ranę macicy, albo też, jeżeli to niemożebnem, wtedy uciekamy się do wycięcia macicy Schroedera (*amputatio uteri supravaginalis*). W ostatnich czasach autorowie polecają wycięcie macicy w takich razach przez pochwę jako zabieg mniéj niebezpieczny.

Przed wprowadzeniem antiseptyki metoda pierwsza, tj. drenowanie, miała więcéj zwolenników i według zestawień Piskaćka rzeczywiście przy téj metodzie śmiertelność wynosiła 56%, podczas gdy przy operacyjnéj 60%. Zestawienia jednak Schaefera od r. 1875 przemawia ją na korzyść leczenia operacyjnego, gdyż śmiertelność wynosi tylko 35%.

Zdaje się jednak, że statystyka w obydwu razach nie ma wielkiego znaczenia i nie może rozstrzygać o jednéj lub drugiéj metodzie, jeżeli się uwzględni, że w literaturze spotykamy się przeważnie z opisami przypadków, w których wynik leczenia był pomyślny, te zaś przypadki, które niepomyślnie się kończyły, zapisuje się tylko w księgach klinicznych i szpitalnych.

II. O leczeniu jaglicy (*Trachoma*).

Napisał

Dr. Franciszek Sroczyński,

I. asystent kliniki okul. prof. Rydla w Krakowie.

(Dok. Patrz Nr. 41).

Czy operacyja sama wystarcza do usunięcia radykalnego jaglicy? Entuzyjaści pierwszych lat postępowania operacyjnego, jak Schneller, odpowiadają twierdząco. Autorowie spokojniej obserwujący, jak Heisrath, Richter, Ziemiński a zwłaszcza Vossius, przestrzegają wyraźnie przed tą iluzyją, o ile to dotyczy przypadków ciężkich, rozlanych. Radykalnie samą operacyją usunąć możemy tylko zmiany aż do tej ostatecznie możliwej bezkarnie granicy, którą zakreślił Heisrath, to jest dopóki zmiany jaglicowe nie przekroczyły paska 3 do 4 mm. szerokiego przy samym brzegu powieki. Znaczna zaś wię-

kszość przypadków rozległej jaglicy wymagać będzie leczenia pozostałych szczątków innemi środkami, jak *plumbum aceticum*, przepłukiwania płynami antiseptycznemi, jak sublimatem 1:5000, *Cuprum sulfuricum*. Wszyscy jednak autorowie zgodnie podają, że po dokonanej operacyi zmiany pozostałe na częściach niewyciętych ustępują nieporównanie szybciej, a niektórzy, jak Heisrath i Richter, którzy operowali tylko na powiece górnej, podają, że wpływ ten zbawienny operacyi rozciąga się nawet i na spojówkę dolną. W moich przypadkach pierwszą część tego twierdzenia mogłem sam stwierdzić, natomiast poprawy stanu na spojówce dolnéj bez osobnego leczenia zauważyć w ciągu kilku tygodni nie mogłem.

Jakiekolwick jest zresztą pod ostatnim względem czyje zdanie, słuszność przyznać należy zwolennikom Heisratha, którzy do zmian jaglicowych na dolnej powiece mniejszą przywiązują wagę, wedle doświadczenia bowiem jaglica ograniczona do dolnej spojówki nie wpływa szkodliwie na stan rogówki.

Drobne różnice zapatrywań wśród zwolenników metody operacyjnej dotyczą obecnie już tylko strony technicznej i to już nie istotnej, jak kwestyi wycinania lub niewycinania chrząstki, ale więcej podrzędnéj wagi, jak pytania, czy ranę zespajać szwami, lub nie. Vossius, Heisrath i Richter przemawiają za zakładaniem szwów a to z dwóch powodów: 1) celem skrócenia gojenia przez sprowadzenie rychłozrostu, 2) aby uniknąć bujania granulacyj przyrannych, które zwiększają zadrażnienie oka, prowadząc łatwo do komplikacyj ze strony rogówki. Zieminski zrazu zakładał szwy z najcieńszego jedwabiu, rychło jednak odstąpił od zeszywania, w blisko bowiem 10% przypadków widywał występowanie komplikacyj rogówkowych, co też i inni autorowie przyznają. Ponieważ w pierwszym naszym operowanym przypadku, gdzie szwów nie założono, musieliśmy przez 10 dni walczyć z bujaniem granulacyj, przez co ostateczne zgojenie opóźniło się znacznie, postanowiłem w następnych przypadkach nie odstępować od zeszywania, aby zaś zapobiedz mechanicznemu drażnieniu przez węzły szwów, zakładałem szew kuśnierski, przez co węzły wypadły w samym tylko kącie zewnętrznym i wewnętrznym ranki. Temu też zawdzięczam, że ani razu nie tylko wrzodów i infiltratów, ale nawet ekskoryjacyj rogówki nie obserwowałem.

Mniejsza zgoda panuje co do granic wskazań dla leczenia operacyjnego. Podczas gdy Heisrath zaleca sposób swój przeważnie dla form chronicznych i ciężkich, Vossius idzie tak daleko, że nawet przypadki ostre poddaje operacyi. Stoi on co prawda zupełnie odosobniony pod tym względem. Zdaniem mojem wszystkie okresy jaglicy we wszystkich formach prócz ostréj można operacyjnie leczyć, największe tryjumfy jednak święcić może leczenie operacyjne w przypadkach zmian nie zbyt rozlanych, tu bowiem z najmniejszym uszczerbkiem dla rozległości spojówki możemy zmiany w całem znaczeniu słowa radykalnie usunąć w najkrótszym czasie. W każdym razie nie ulega wątpliwości, że zakres wskazań dla operacyjnego leczenia przewyższa nierównie wskazania do wygniatania i galwanokaustyki.

Przeciwskazania w formie chronicznej dotyczeć mogą tylko głębokich wrzodów rogówki, grożących przebiciem, obfita sekrecyja i obecność znaczniejszej stulejki. Są to jednak wszystko przeciwwskazania tylko czasowe, które łatwo usunąć poprzednio. Nawet okres zbliznowacenia zdaniem zwolenników metody Heisratha nie stanowi przeciwwskazania do operacyi, o ile bowiem nie przyszło jeszcze do „*xerosis*“, można liczyć na usunięcie ptosis i entropium wycinając część chrząstki.

Reasumując to wszystko, wypowiedzieć możemy tezę: L e c z e n i e o p e r a c y j n e j e s t n a j s z y b c i e j d o c e l u p r o w a d z ą c ą m e t o d ą, u s u w a z m i a n y r a d y k a l n i e j o d i n n y c h m e t o d, p r z y r ó w n o c z e s n e m w y c i ę c i u c h r z ą s t k i n i e s p r o w a d z a n i e p r a w i d ł o w o ś c i w r u c h o m o ś c i i p o ł o ż e n i u p o w i e k i d a j e z e w s z y s t k i c h s p o s o b ó w n a j w i ę c e j r ę k o j m i z a p o b i e g a n i a r e c y d y w o m. Galwanokaustykę i wygniatanie przewyższa zakresem wskazań.

Wykwitem najnowszych czasów są usiłowania leczenia jaglicy ś r o d k a m i a n t i s e p t y c z n e m i. Wyniki badań bakteryjologicznych Sattlera i Michla jakkolwiek nie doprowadziły do poznania mikroorganizmów jaglicy w tym stopniu ścisłości jak na innych polach chorób infekcyjnych, stały się zachętą dla licznych prób i doświadczeń ze środkami antiseptycznemi. Nadzieje jednak pokładane w tej nowej metodzie nie ziściły się w znacznej części. Po wytoczeniu wszystkich niemal dział z arsenału coraz liczniejszych środków przeciwgnilnych, okazało się wkrótce, że łagodnie działające środki antiseptyczne, jak jodoform polecany przez Morsena, rozczyn glicerynowy resorcyny podany przez Ficarrę, wreszcie kwas borowy, nie wywierają żadnego lub nieznaczny tylko wpływ na przebieg jaglicy. Lepsze natomiast wyniki dawały środki antiseptyczne w rozczynach silniejszych, działające drażniąco, do których zaliczyć należy kreolinę zalecaną przez Purtschera w postaci wkraplań w rozczynie $\frac{1}{2}-1\%$ kilka razy dziennie, tudzież sublimat poraz pierwszy zalecony przez Benedettiego. Na mocy własnych doświadczeń nie mogę zaprzeczyć dodatniego działania kreoliny, zwłaszcza na komplikacyje ze strony rogówki. Nie pamiętam atoli ani jednego przypadku wyleczonego samą kreoliną. Nie chcąc narażać chorych na stratę czasu, musiałem zawsze przejść do innych środków, poprawa bowiem stanu spojówki bardzo powolnie się odbywała.

Zdaniem mojem nadaje się ona w postaci wody ocznej dla przypadków, w których z jakichbądź przyczyn niemożliwem jest leczenie przez samego lekarza. Nierównie więcej zwolenników znalazł sublimat i to w najrozmaitszych formach stosowany. Benedetti i Staderini zachwalają już od r. 1885 działanie pędzlowań rozczynem 1:500 do 400, nie brak i takich, którzy, jak lekarze belgijscy, posługują się 1% rozczynem. W roku 1886 obserwowałem u dra Wicherkiewicza wyniki 1% rozczynu. Reakcyja po sublimacie 1% bywała zazwyczaj silną, powieki obrzmiewały aż do niemożliwości otwierania przez kilka dni. Na spojówce powstawał strup głęboki, trudno i z wolna oddzielający się wśród niezmiernych bólów, tu i owdzie powstawały infiltraty w rogówce, zmiany zaś nie ustępowały szybciej niż po tuszowaniu z *Cuprum*. Przed rokiem wystąpili bracia Keiningowie z nowym sposobem stosowania sublimatu, polegającym na energicznem pocieraniu spojówki wacikiem zwilżonym w sublimacie 1:2000 — 1:1000. Byłby to sposób skombinowany z działania miesienia w połączeniu z działaniem przeciwprątkowem mogącem tu bardziej się uwydatnić, jeżeli zważymy, że przy procedurze tej sublimat wnikać może w warstwy podprzybłonkowe spojówki przez obnażony tarciem

przybłonek. Metoda ta dzięki interwencyi ministerstw oświaty pruskiego i austryackiego, o którą starali się autorowie, zwróciła na siebie większą uwagę, niż inne podobne procedury. Sam leczę dopiero pierwszy przypadek jaglicy średniego stopnia bez komplikacyi tym sposobem, a wybraliśmy taki, gdzie zmiany w obu oczach były różne co do stopnia. Rezultat leczenia tego jest taki, że dziś po sześciutygodniowem leczeniu oko leczone kamykiem przedstawia stan bez porównania lepszy, aniżeli oko drugie, leczone metodą Keininga. Na rogówce nadto do dziś dnia utrzymują się ekskoryacyje, których przedtem nie było. Podobne doświadczenie zrobił profesor Rydel w szpitalu św. Łazarza z tą tylko odmianą, że metoda ta może nie iest bez korzyści, jeżeli po kilku tygodniach jej stosowania przejdziemy do *Cuprum*.

Myśl wprowadzenia środków antiseptycznych jak sublimat, kwas karbolowy, borowy i t. p. za pomocą injekcyj pod spojówką nie dała lepszych owoców. Wagiewski, który w roku 1886 na wielką skalę przeprowadził te doświadczenia, dochodzi do rezultatu, że metoda ta utrzymać się nie da: 1) z powodu silnych bólów i gwałtownéj reakcyi, 2) nieświetnych wyników w *trachoma granulosum*, a braku wszelkiego wpływu na *trachoma papillare*, 3) z powodu głębokich blizn, jakie w $^1/_4$ części przypadków powstawały w spojówce w następstwie tego leczenia.

Pozostawiłem na koniec wzmiankę o leczeniu elektrolizą, podanem w ostatniem roku przez Johnsohna z Londynu, jako o rzeczy zbyt nowej, a przezemnie wcale nie doświadczanej. Może zatem który z kolegów, który posługiwał się już tą metodą, zastąpi mnie w tym względzie.

Jakiejkolwiek zresztą kto trzyma się metody w leczeniu jaglicy, przyznać musi, że warunki hygieniczne, wśród jakich się chorzy znajdują, wpływają niepomiernie na przebieg choroby. Każdy okulista zauważyć musiał, że jaglica u ludzi zamożnych przebiega zazwyczaj znacznie łagodniéj, aniżeli wśród ludności fizycznie pracującéj. Nie ulega wątpliwości, że na łagodny przebieg jaglicy, zwłaszcza ze względu na komplikacyje, wpływa przedewszystkiem czystość powietrza i co zatem idzie, mniejsze narażanie się na drobne urazy rogówki u ludzi zamożnych, a na które zazwyczaj wystawioną jest uboższa część fizycznie pracującéj ludności. Zgodnie z tem już Chibret radzi wysyłać chorych jaglicowych w okolice górskie, dające największą gwarancyję czystości powietrza.

Kończąc w ten sposób przegląd najważniejszych metod leczenia jaglicy, czuję się uprawniony wypowiedzieć zdanie: Nie mamy dotąd żadnego uniwersalnego sposobu leczenia téj choroby. W każdym poszczególnym przypadku należy zastosować się do formy i okresu jaglicy, a wybrać postępowanie to, które w danej formie, okresie i stopniu cierpienia daje rezultat najszybszy i największą gwarancyję przed recydywą nb. z najmniejszem uszczerbkiem dla oka chorego. Rozwijając zaś tę tezę doszliśmy do przekonania: 1) że w okresie pierwszym w przypadkach rozsianych ziarn i brodawek przyjdziemy najprędzej do celu przez galwanokaustykę; 2) w okresie drugim tj. w stadyjum stłuszczenia za pomocą wygniatania; 3) w przypadkach ciężkich pierwszego i drugiego, a nawet w początkach trzeciego okresu, nie należałoby choremu odmawiać korzyści operacyi.

Po za temi trzema szeregami przypadków znajdzie się niewątpliwie wielka ilość takich, gdzie nie unikniemy leczenia farmaceutycznego za pomocą środków jak *lapis, cuprum sulfuricum* etc. Bez względu zaś na to, czyśmy ziarna wygnietli, czy wypalili, lub operacyjnie do możliwej granicy wycięli, pozostaną resztki sprawy chorobowej w samej spojówce i komplikacyje na rogówce, a w tych warunkach stare odwieczne cuprum długi czas jeszcze królować będzie niepodzielnie.

III. Z praktyki prywatnej.

Wielki ropień macicy z przebiciem się do jamy tejże, wyzdrowienie.

Podał
Dr. Teofil Bąkowski w Baranowie.

Przeglądnąwszy skrzętnie dostępną mi literaturę z ostatnich prawie lat 10-ciu nie znalazłem nigdzie podobnego przypadku. Schröder w dziele swem: *Die Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane* z r. 1884 p. 85 i 86, pisze: „*Nach den sparsamen Notizen, die man in der Literatur darüber findet, scheinen die Uterusabscesse ganz ausserordentlich selten zu sein, besonders wenn man von den puerperalen Fällen absieht*“, a przytoczywszy kilka przypadków z lat dawnych, wspomina ledwie o dwóch przypadkach wielkich ropni macicy, które sam obserwował. Przypadek mój jest następujący:

Dnia 15 maja b. r. zawołano mnie do L. H. lat 65 liczącéj, zamężnéj izraelitki w B., skarżącéj się od dni kilku na silne boleści w dolnéj części brzucha z gorączką przebiegające. Wywiady wykazują: Chora dostała pierwszéj miesiączki w 19 r. życia i miesiączkowała regularnie bez boleści. W 22 r. życia wyszła za mąż, rodziła raz jeden a mianowicie w rok po zamęściu przebyła poród bardzo ciężki, bo 3 dni trwający. Po tym porodzie leżała krótko, a zabrawszy się do pracy ciężkiéj dostała w kilka miesięcy potem wypadania pochwy, które trwa do dnia dzisiejszego. Miesiączkowała regularnie do 45 r. życia, tylko w 40 r. życia raz zatrzymała się miesiączka na półtora miesiąca, poczem dostała silnéj miesiączki, jednak żadnego jaja płodowego w dużych skrzepach krwi nie znaleziono. W kilka miesięcy potem dostała boleści silnych w dolnéj części brzucha, wzdęcia, wymiotów, zaparcia stolca, a przywołany lekarz rozpoznał zapalenie macicy i kazał jéj postawić nad spojeniem łonowem 12 pijawek. Po 8 dniach wstała z łóżka, a z wyjątkiem lekkich bólów w dolnéj części brzucha i koło 2 lat, jak mówi, trwających upławów białych czuła się zdrową. Po r. 45 życia, t. j. od czasu ustania regularności dostała kaszlu i duszności, które trwają do dnia dzisiejszego. Zresztą innych chorób nie przebywała. Mieszka wraz z mężem swym u syna garbarza, a mianowicie w izbie, gdzie zimą i latem bardzo często suszą się porozwieszane na drążkach świeże skóry cielęce z sierścią i w tem suszeniu oraz gospodarstwie domowem synowi dopomaga. Obecna choroba rozpoczęła się przed kilku dniami, jak na początku podano, a badanie wykazuje: Kobieta wzrostu niskiego, źle odżywiona, ciężko oddychająca. W płucach objawy nieżytu i rozedmy. Brzuch w całości wzdęty. Na 2 palce nad spojeniem łonowem czuć guz elastyczno twardy, przy ucisku mocno bolesny, z miednicy małéj wychodzący. Z części rodnych sterczy różowożółty, miękki, elastyczny, kulisty guz wielkości małéj pięści o ścianach gładkich nie owrzodziałych, w dotknięciu suchych i twardych. Pod palcem ściany guza uginają się jak balonik gumowy, a odgłos nad nim z przodu i z tylu bębenkowy. W dolnéj części guza widać szparkę poprzeczną nie owrzodzoną. W głębi nad otworem czuć ciało twardawe, obłe, ku górze się usuwające (dolna część macicy). Guz ten bę-

dący wypadniętą całkowicie pochwą wraz z mocno obniżoną macicą, daje się odprowadzić dosyć łatwo, a badanie zestawione po odprowadzeniu pochwy i macicy wykazuje sklepienia wolne a ponad spojeniem łonowem guz ruchomy, bolesny, będący dalszą częścią powiększonéj i mocno obniżonéj macicy. Chora już od lat 42 podtrzymywała sobie guz ten chustkami, a w ostatnich czasach i zwitkami brudnéj waty zwykłéj, które sobie po odprowadzeniu guza do sklepień pochwy zakładała. Na jakieś dolegliwości z istnienia tego guza przez lat tyle wynikłych nie żali się. Rozpoznałem zatem zapalenie podostre macicy i poleciłem zimne okłady zmieniane co 3 godziny, podanie olejku rącznikowego oraz wystrzykiwanie codzienne pochwy 2% kwasem karbolowym. Po kilku dniach obrzmienie i bóle macicy trochę złagodniały.

Odtąd choréj jakiś czas nie widziałem. Z opowiadania krewnych dowiedziałem się jednak, że po czasowem polepszeniu nastąpiło pogorszenie a mianowicie, że boleści cierpiała znaczne, miernie gorączkowała, aż wreszcie w jakie 3 tygodnie od czasu wystąpienia zapalenia zauważono, że „z brzucha“ odpływa co dni kilka bardzo wiele cuchnącéj obrzydliwie cieczy i to w ilości po pół litra na raz. Chora doznaje wtenczas ulgi, a gdy dni kilka mało lub nic nie odpływa, brzuch cały „puchnie“, boleści i gorączka się zwiększają. Wobec nadzwyczajnego cuchnienia sądzono, że wydzielina ta pochodzi z kiszek, że są to resztki pokarmów z kałem pomięszane.

W jakie 2 tygodnie po zauważeniu tego stanu, t. j. 23 czerwca b. r., kiedy brzuch był coraz większy i znów ani kropla cieczy z części rodnych nie odpływała, przywołano mnie powtórnie. Znalazłem wtedy brzuch w całości mocno wzdęty, przy ucisku mocno bolesny, żyły podskórne brzucha mocno porozszerzane, wypadanie pochwy całkowite i znaczne obniżenie macicy jak pierwéj, a gdy po odprowadzeniu pochwy i macicy badałem sposobem zestawionym, znalazłem w brzuchu guz wychodzący z miednicy małéj, dnem do wysokości pępka sięgający, wielkości co najmniéj głowy jednorocznego dziecka, elastyczno miękki, jak cienka piłka gutaperkowa, na wszystkie strony przesuwalny, lubo na boki trochę mniéj, przy ucisku mocno bolesny. Odgłos wypukowy nad guzem stłumiony. Guz ten był znacznie powiększoną macicą, zawierającą w sobie płyn. Część pochwowa nie przerosła, ale owszem zanikła, ujście macicy zewnętrzne nie owrzodzone, niedrożne. Dopiero po kilku dłuższych próbach udało mi się wprowadzić cienki zgłębnik chirurgiczny i to bardzo głęboko, ale po wyjęciu tegoż ani kropla ropy się nie pokazała. Ponieważ sam koniec zgłębnika wprowadzony obracał się swobodnie w wielkiéj jamie, przypuszczałem tylko w dolnéj części szyjki zwężenie znaczniejsze. Gdy sonda maciczna istotnie przejść nie chciała, przebiłem tąż sondą zwężoną część szyjki, krew prawie żadna się nie pokazała, poczem sonda dosyć swobodnie weszła na 17 centimetrów bez żadnego bólu, zaś po wyjęciu tejże puściła się niesłychanie smrodliwa, bo pokój ordynacyjny, sień i powietrze koło domu napełniająca tą wonią gęsta, brudno żółta ropa, z kawałkami nekrotycznemi w ilości jednego litra. Nazajutrz, gdy zgodzono się na radykalne leczenie, obcążkami do celów ginekologicznych służącemi ostrożnie rozszerzono ujście zewnętrzne macicy, przyczem wyszło kilka kropel krwi, a zaraz jeszcze około ćwierć litra ropy takiéj saméj jak dnia poprzedniego z tym wyjątkiem, że strzępy nekrotyczne były jeszcze dłuższe, bo od 1—2 ctm. długie wcale nie błoniaste, bo o ile na oko ocenić mogłem, 2—4 milimetrów grubości dochodzące. Po wypłukaniu w wodzie okazały się brunatno żółte, miękkie, utkania miernie zbitego, ale kruche, miejscami okazujące drobniutkie włókienka w rozmaitych kierunkach biegnące. Wprowadzono zaraz cewnik maciczny Bozemana Fritschego o średnicy = 1 ctm., z pomocą którego przestrzykano jamę macicy 1 litrem 2% kreoliny, przyczem woń obrzydliwa ropy prawie natychmiast znikła. Następnie założono laseczkę jodoformową. (Rp. *Jodoformi 20·0, Gummi arab., Glycerini, Amyli āā 2·0 f. bacilli Nr. V longit 5 ctm.*) pochwę zaś po odprowadzeniu wytamponowano gazą jodoformową zmaczaną w glicerynie, wreszcie założono opaskę na części rodne w kształcie litery T. Z początku codzień, potem co drugi przestrzykiwano jamę macicy zrazu 2% kreoliną, potem zaś 2% kwasem karbolowym, a daléj jak wyżéj. Wobec ujścia macicy zewn. drożnego mimo rozszerzenia tylko dla cewnika macicznego o średnicy = 1 ctm. zaś nie drożnego dla palca wskazującego nie mogłem zbadać tymże jamy macicy. Jednak gdy na trzeci dzień po wypuszczeniu ropy ostrożnie zakładałem cewnik, ten jednak z pewnym oporem wchodził do jamy macicy, czułem, że cewnik przesuwa się po ścianach nierównych, nagle zaś usłyszałem pewne chrapnięcie, chora skrzywiła się z bólu a ja doznałem nader nieprzyjemnego uczucia, jakbym przebił ścianę macicy. Cofnąłem natychmiast cewnik a gdy go wydobyłem po wystrzykiwaniu znalazłem w okienku cewnika skrzepek krwi a z ujścia posączyło się kilka łyżeczek krwi z małą domieszką ropy. Najprawdopodobniéj zatem wszedł cewnik do jamy ropnia, posunął się po jego nierównych ścianach i mimo ostrożnego posuwania przedarł kruche jakieś napięte naczynie czy obumarłe unaczynione części miąższu macicy. Macica szybko się zmniejszała, wydzielając z początku gęstą ropę, potem aż do końca ropę z krwią pomięszaną, po upływie 2 tygodni nastąpiło zupełne wygojenie, macica przybrała wielkość małéj ale twardéj gruszki, ujście zaś zewnętrzne zupełnie się zamknęło.

Wobec cech opisanych strzępów tkaniny, które widocznie pochodziły z samego miąższu t. j. z warstwy mięsnéj macicy, a które wraz z ropą niesłychanie smrodliwéj woni odpływały z jamy macicy, w obec nierówności ścian tejże stwierdzonéj przy wprowadzaniu cewnika i kruchości tychże, wreszcie wobec całego przebiegu choroby wykluczyć mogę stanowczo otok ropny macicy (*pyometra*). Nie ulega zatem wątpliwości, że miałem tu do czynienia z ropniem macicy.

Przypadek opisany należy do rzadkości. Najpierw wystąpiło tu zapalenie macicy u kobiety, u któréj już dawno bo od lat 20 skończyło się życie płciowe, powtóre utworzył się ropień kolosalnych rozmiarów, a wreszcie otworzył się do jamy macicy. Z 10 przypadków wzmiankowanych w dziele Schrödera jak wyżéj l. c. a obserwowanych i opisanych przez rozmaitych autorów przed laty, bo jak Reinmanna jeszcze z r. 1805, jeden tylko t. j. Kiwischa z r. 1866 l. c. był podobny do mojego, bo i tu ropień przebił się do jamy macicy, wszystkie inne przebiły się gdzieindziéj, a mianowicie do jamy brzusznéj z zejściem śmiertelnem, do odbytnicy lub wreszcie na zewnątrz po zlepieniu z powłokami brzusznemi.

Po zatrzymaniu się ropy w jamie macicy w ilości jednego przeszło litra, wskutek (prawie) zupełnie niedrożnego ujścia macicy zewnętrznego, rozdęcia macicy do wielkości głowy jednorocznego dziecka, a więc tem samem po ścieńczeniu znacznem ścian macicy, wobec ruchomości tejże a stwardniałych sklepień pochwy wskutek 42 lat trwającego wypadania tejże, stan choréj był groźny. Każdéj chwili mogło tu nastąpić pęknięcie macicy i śmierć, jak to się stało w przypadkach Scanzoniego i Ladosa (Schröder l. c.), któréj tylko wskutek rychłego otwarcia ropnia szczęśliwie uniknęła.

Po wygojeniu założyłem krążek miedziany, powleczony gutaperką o średnicy 9 ctm., nadawszy mu formę odpowiednią, a krążek ten dosyć dobrze funkcyjonuje.

Wreszcie pozwolę sobie zrobić jednę uwagę: Wobec tego, że chora zajmowała się często rozwieszaniem świeżych skór z cieląt a czasem i z wołów, przychodziło mi na myśl, czy przypadkiem brudne ręce nie wprowadziły do pochwy ze zwitkami waty grzybka promienicy (*actinomyces*) i zdanie to objawiłem Drowi Barączowi, z którym o téj kwestyi w Krakowie przy sposobności Zjazdu lekarzy rozmawiałem i zachętę do badania w tym kierunku otrzymałem. Wprawdzie nie znalazłem w ropie wydzielonéj charakterystycznych grudek cytrynowożółtych, jednak mimo tego mogły te grzybki promienicy być przyczyną zapalenia i zropienia miąższu macicy. Niestety badania w tym kierunku nie mogłem uskutecznić, bo po przyjeździe do domu zastałem pacyjentkę już zupełnie zdrową.

IV. Oceny i sprawozdania.

O przymiocie rdzenia przez S. Goldflama (Odczytów klinicznych wydawanych przez Redakcyję „Gazety Lekarskiéj“ zeszyt 32 i 33). Warszawa 1891. Duża 8-ka, str. 58.

Omawiając przed kilkoma miesiącami w niniejszem piśmie cenną rozprawę Dra W. Gajkiewicza „o kile układu nerwowego“, przyklasnęliśmy chwalebnemu zamiarowi szan. Redakcyi „Gazety Lekarskiéj“ wydawania odczytów klinicznych o najważniejszych kwestyjach lekarza praktycznego obchodzących; uważamy też sobie za obowiązek zdać dziś sprawę z nowéj pracy oryginalnéj w szeregu wymienionych odczytów klinicznych świeżo wyszłéj, a przez kol. S. Goldflama skreślonéj.

Przedewszystkiem odpowiedzmy sobie na pytanie, co to jest odczyt kliniczny?

Niewątpliwie zgodzi się każdy, że odczyt kliniczny jest to treściwe przedstawienie, o ile tylko można, na własnem doświadczeniu prelegenta czy autora oparte, jakiejś kwestyi z zakresu medycyny klinicznéj, z czego wypada, iż odczyt taki sam w sobie winien stanowić całość zaokrągloną i trzymać się w swym układzie pewnych prawideł na doświadczeniu pedagogicznem opartych.

Jeżeli tak pojmiemy odczyt kliniczny, to praca kol. Goldflama o przymiocie rdzenia z pewnością nim nie jest; jestto bowiem rozprawa naukowa, opierająca się przeważnie na własnych bardzo zresztą cennych obserwacyjach klinicznych i badaniach anatomiczno-patologicznych autora z uwzględnieniem najnowszych publikacyj, ale nie poucza- jąca w sposób kliniczny o obecnym stanie nauki o kile rdzenia pacierzowego. Bo do czegóż służą w odczycie „klinicznym“ dokładne, drobiazgowe prawie, nieraz przez kilka stronnic ciągnące się opisy badania anatomiczno-patologicznego, jeżeli wczytując się w nie traci się główny wątek przedmiotu? Dlatego sądzimy, że sumienna praca kol. G. powinnaby pomieścić się raczéj w łamach „Gazety Lekarskiéj“ lub jeszcze lepiéj w „Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego“, niż zajmować miejsce w szeregu odczytów klinicznych, gdzie mimo wszystkich swych zalet nie odpowiada przecież właściwemu celowi.

Jeżeli atoli z przyjemnością trzeba uznać koniecznie prawdziwą wartość wewnętrzną rozprawy kol. G., to nie można tego bynajmniéj powiedzieć o jéj stronie zewnętrznéj. Pomijając nawet styl nieco ciężki, nieraz zawiły, a układ cały nieprzejrzysty, uderza nas, powiedzmy otwarcie, bardzo niemile nadzwyczajna dowolność w terminologii i brak ścisłości, nieraz nawet loiczności w wyrażeniach. I tak na tytule rozprawy znajdujemy wyrazy „o przymiocie rdzenia“ (jakiego?), gdy w tekscie posługuje się autor prawie wyłącznie „syfilisem“ lub po prostu łacińską „lues“. Z tłumaczeniem wyrazów lekarskich łacińskich lub greckich nie zadaje sobie autor żadnego trudu, tylko po prostu przytacza je w tekście polskim nieraz nawet błędnie (n. p. *meningitis* jest rodzaju męskiego) a przecież wiadomo każdemu, iż język nasz nie znosi tego rodzaju makaronizmów. Daléj razi używanie epitetów nie mających znaczenia właściwego, tak np. gruba siła (zdaje się więc, że jest i cienka!), umiarkowanie nacieczona błona, malejące natężenie, chora R. M. zaprzecza, by miała podejrzane spółkowanie, brzuch wpadnięty (dokąd wpadł i co go zrobiło „wpadniętym“?). Przez nieloiczne uszykowanie wyrazów czytamy „o rokowaniu ciężkiem, grożącem ważnemi zaburzeniami funkcyj lub wprost życiu chorego“.

Jeżeli ma wogóle przyjść do tak pożądanego ujednostajnienia naszego słownictwa lekarskiego, to wypada oświadczyć bez ogródki, że wydawanie rozpraw z terminologiją, jaką znajdujemy w pracy kol. Goldflama, to ujednostajnienie nadzwyczaj utrudnia i opaźnia.

W końcu niech mi wolno będzie uczynić uwagę poniekąd *pro domo sua*.

Na samym wstępie swéj pracy wspomina szan. kolega Goldflam, że rzecz o kile układu nerwowego opracowali w języku polskim dawniéj już kol. Gajkiewicz i Fabian; otóż dla uzupełnienia pozwolę sobie dodać, że jeszcze w r. 1881 ukazała się w krakowskim „Przeglądzie Lekarskim“ praca moja pod tytułem „O kile *(syphilis)* układu nerwowego“ i że praca ta wyszła także w osobnéj odbitce (8-ka, str. 97).

Domański.

Patologija.

Lubliner (Warszawa): **Twardziel nosa i dur brzuszny.**

Od czasu badań Mikulicza wiemy, że twardziel powstaje w skutek chronicznego procesu zapalnego. Najpierw następuje infiltracyja drobnokomórkowa, któréj komórki przyjmują kształt wrzecionowatych albo zamieniają się na komórki wielkie bez jąder (komórki Mikulicza). Znaleziono także w tkance chorobowéj prątki, a Jakowski i Matlakowski utworzyli z nich kultury. Prof. Rydygier w Krakowie zaszczepił z wynikiem ujemnym prątkami temi małpę. W dalszym ciągu opisuje autor przypadek *rhinoscleroma nasi* z oddziału Dr. Heryngа w szpitalu św. Rocha w Warszawie. Tyczy się on mężczyzny dojrzałego, u którego zwyrodnienie chorobowe tylko wewnętrzną błonę nosa zajmowało. Od brzegu dolnego, strony prawéj ku wewnątrz, widzieć się daje infiltrat $^1/_2$ ctm. wysokości. Guz ten zajmuje w dalszym ciągu dolną muszlę nosową, jakoteż i lemiesz. W głębi jamy nosowéj podobne 2 obrzęki. Po lewéj stronie w dolnéj części lemiesza chrząstkowaty naciek błoną śluzową blado zabarwioną pokryty. Za pomocą pętli wyjęty kawałek, badany pod mikroskopem za pomocą rozczynu hematoksyliny i safraniny, wykazał wszelkie cechy tkanki twardzielowéj. Z wydzieliny tkankowéj tworzył autor na agar-agarze kultury. Tak więc badanie potwierdziło rozpoznanie. Dr. Heryng wypalił galwanokauterem nowotworową tkankę, która szybko jednak napowrót wyrastała. W kilka dni po dokonanym rękoczynie zapadł pacyjent na tyfus plamisty i czas ten, t. j. od 13 marca do 12 kwietnia, przebył na oddziale dla chorych wewnętrznych. Po powrocie na oddział Dr. Herynga zauważono po stronie prawéj zaniknięcie w znacznéj części tkanki twardzielowéj, a pozostałe resztki łyżeczką wyskrobano. Wśród przebywania duru nastąpiła więc prawie zupełna inwolucyja nacieku twardzielowego. Że zarazek durowy skutecznie walczy także z innemi bakteryjami, wie o tem autor z własnego doświadczenia, widział bowiem przypadki wilka wśród przebiegu duru zanikające, a Dr. Heryng widział zanikanie kilaków na twarzy w obec występującéj róży. (*Berl. kl. Wschft.* Nr. 40, 1891).

Prof. Maragliano (Genua): **Przyczynki do patologii krwi.**

Ciałka krwi po wydostaniu się na zewnątrz zachowują przez krótki czas swą żywotność. Siła ich żywotna nie trwa jednak długo, zmieniają one z jéj utratą swój kształt i barwę. Oznaczenie zmian, jakich krew z utratą swéj żywotności doznaje, było przedmiotem badań autora. Zmiany te można podzielić na dwie grupy, t. j. na wewnętrzne i zewnętrzne. Często w centrum ciałka, rzadziéj na obwodzie, można widzieć odbarwioną i pokarbowaną przestrzeń, która z postępem czasu rośnie, przybierając kształt jużto półksiężycowy, jużto podłużny lub krzyżowy, wykonywając ruchy amebowate. Przestrzeń ta, jakby samoistne ciałko, pęka nareszcie, na pojedyncze części się rozpadając. Ciałko krwi przybiera w tym okresie barwę białą. Przestrzeń ta tworzy się wskutek krzepnięcia powolnego protoplazmy i barwi się łatwo barwikami zasadowemi, podczas gdy reszta pierwoszcza przyswaja sobie barwiki kwaśne. Ciałka krwi przyjmują także często kształt ziarnisty jagody morwowéj a przyczyną téj zmiany jest także skurczenie się pierwoszcza. Autor badał w dalszym ciągu, czy podobne zmiany nie występują również wśród naczyń organizmu żywego. Badania krwi świeżéj pod mikroskopem wykazały, że zmiany powyższe wśród ciałek występują w przebiegu bezkrwistości następowéj, jakoteż w chorobach zakaźnych, jak w durze, w zapaleniu płuc, w róży i w szkarlatynie. Zmiany obwodowe całych ciałek krwi można było udowodnić tylko w cherze rakowéj i w oligemii pierwotnéj. Forma zmian obwodowych zmusza według doświadczeń autora stanowczo źle rokować,

gdy tymczasem wobec zmian środkowych prognoza może być lepszą. Badając działanie surowicy krwi na ciałka jéj, doszedł autor do wyniku, iż surowica ludzi chorych działa niszcząco na ciałka, sprowadzając zmiany wpierw opisane i ostatecznie ich rozpad. Ciałka krwi w surowicy ludzi zdrowych zmian nie doznają. (*W. m. Bl.* Nr. 40, 1891).

Dr. Mendelsburg.

Friedmann (Mannheim): **Przyczynek do nauki o skutkach wstrząśnienia mózgu.**

Na zasadzie dwóch przypadków wstrząśnienia mózgu spostrzeganych za życia i drobnowidowo badanych po śmierci dochodzi autor do następujących wyników:

Po urazach w głowę wywołujących wstrząśnienie mózgu występują natychmiast objawy zawrotu, bólu głowy, a często i porażeń nerwów mózgowych; następnie powrót do zdrowia przerywanego zawrotami i bólami głowy napadami występującemi, wreszcie apatyja, utrata przytomności, zaburzenia psychiczne, porażenia i zejście śmiertelne. Porażenia nerwów mózgowych mogą zbliżyć objawy do obrazu występującego przy pęknięciu podstawy czaszki. Badanie drobnowidowe mózgu w obu przypadkach wykazało czworakie zmiany: przekrwienie nawet w najdrobniejszych naczyniach włosowatych, rozszerzenie zatokowate nawet tętniakowe tychże, rozszerzenie otoczki zewnętrznéj naczyń i wypełnienie jéj barwikiem krwi, wreszcie, co najrzadziéj się spotyka, szkliste zwyrodnienie ścian naczyniowych.

Przekrwienie i rozszerzenie naczyń mózgowych odnieść należy do stałego osłabienia ośrodków naczynioruchowych mózgu, przez siłę wstrząśnienia wywołanego.

W ten sposób należy sobie, zdaniem autora, tłómaczyć bóle głowy, zawroty i t. d., zaraz po zadziałaniu urazu występujące. Natomiast późniejsze występowanie tychże objawów tłómaczy autor skłonnością nabytą po urazie pierwszym. Wiadomo bowiem, że epileptycy, opoje nałogowi, już po słabym urazie mogą uledz podobnym przypadłościom, które wyjaśniają się nabytą skłonnością i zmianami zwyrodnienia naczyń. Porażenie nerwów odnosi autor do bezpośrednich zmian molekularnych w ośrodkach ich mózgowych.

Objawy więc, jak ból głowy, zawroty i skłonność do nawrotów tych objawów, pojmuje autor jako zbiór objawów pochodzących z osłabienia ośrodka naczynio-ruchowego po urazie w głowę.

Zmiany zaś psychiczne zdaje się najlepiéj tłómaczyć sobie zmianami zwyrodnienia ścian naczyniowych. Jednak przyczyna śmierci po wstrząśnieniu mózgu i dotąd pozostaje zagadką nieodgadnioną. (*Deut. med. Wschft.* Nr. 39, 1891).

Dr. Wachholz.

Terapija.

St. Klejn (Warszawa): **Leczenie róży zapomocą ichtyjolu.**

Od dwóch lat czyniono doświadczenia w klinice terapeutycznéj prof. Stolnikowa w Warszawie z ichtyjolem, stosując środek ten w 31 przypadkach róży. Z tych 13 należało do lekkich postaci róży, pozostałe zaś były to przypadki ciężkie róży wędrującéj. Część tych przypadków poddawano natychmiast po przybyciu chorych do kliniki leczeniu, część zaś dopiero po kilkodniowéj obserwacyi. W 4 przypadkach nastąpiła śmierć niezależna właściwie od saméj róży.

Na podstawie spostrzeżeń swych autor dochodzi do następujących ostatecznych wniosków:

1) Ichtyjol wpływa hamująco na żywotność zarazka róży przebywającego w skórze bądź przez działanie odtleniające na tkanki, bądźteż przez bezpośrednie działanie na sam zarazek, bądź wreszcie w jeden i drugi sposób równocześnie.

2) Pod wpływem ichtyjolu skraca się średni przebieg róży o połowę.

3) Czas trwania leczenia róży wynosi w jéj przebiegu 3, a najdaléj 4 dni; tyleż dni trwają przypadki róży leczone od samego początku ichtyjolem.

4) Przebieg róży leczonéj ichtyjolem pod wpływem tego środka staje się znacznie łagodniejszym, czego dowodem jest zmieniony typ gorączki, oraz częste bardzo spadki ciepłoty ranne, a nawet wieczorne.

Co się tyczy postaci, to stosowano *ammonium sulfoichthyolicum* w postaci maści z równą ilością wazeliny. Wobec rozległego zajęcia używał maści złożonéj z równych części ichtyjolu, lanoliny i wody. Maść należy, po obmyciu zajętéj części wodą mydlaną, dość energicznie ręką wetrzeć, o ile na to ból pozwala, poczem posmarować nową warstwą maści, okryć warstwą gazy zmoczonéj w rozczynie kwasu salicylowego, a następnie zwykłéj nieodtłuszczonéj waty. Postępowanie takie należy wykonywać 2—3 razy dziennie dopóty (zawyczaj 4 dni), dopóki gorączka nie ustąpi. Opatrunek ten chorzy znoszą bardzo dobrze. (Odbitka z *Gazety Lekarskiéj* 1891, Nr. 27).

Dr. A. Beck.

Choroby wewnętrzne.

Prof. Leyden: **O komórkach eozynowych z plwocin astmatyków.**

Pierwszy Ehrlich zapoznał świat lekarski z tworami, które komórkami eozynowemi (*eosinophile Zellen*) nazwał. Są to komórki wielkie, do leukocytów należące, zazwyczaj o 2 jądrach pokarbowanych, tę własność mających, że przyciągają i przyswajają sobie eozynę. Komórki te znalazł Ehrlich we krwi, a pochodzenie ich odnosi do śledziony i szpiku kostnego. W gruczołach limfatycznych nie znajdują się, ale zato we krwi zdrowych i chorych ludzi, a u cierpiących na leukemiję w ilości znacznie większéj. Pierwszy prof. Müller z Wrocławia znalazł komórki te w plwocinach astmatyków. Po nim udowodnili je Gollasch i Friedrich. W klinice Leydena w 6 dotychczas badanych przypadkach, znajdowano je w plwocinach zawsze. Większe od ciałek ropnych rozpadają się łatwo, wydzielając ze siebie barwik. Wśród napadu astmatycznego liczba ich znacznie się zwiększa. W plwocinach innych chorych n. p. suchotników, wyjątkowo je znajdowano. Najciekawszem jest jednak to, że w śluzie kataralnym nosa u człowieka zupełnie zdrowego ciałka te w wielkiéj ilości znaleziono. We wszystkich tych jednak przypadkach występowały one równocześnie z kryształkami astmatycznemi Charcota-Leydena. Istnieje więc pomiędzy temi tworami pewien związek. Leyden sądzi, że powstają one raczéj z przesączu limfy do pęcherzyków płucnych. (*D. m. Wschft* Nr. 38, 1891).

Dr. Mendelsburg.

Choroby uszne.

Dr. Körner (Frankfurt n. M.): **Przyczynki statystyczne do wiadomości o ropniu mózgowym z zapalenia ucha pochodzącym.**

W celu wyjaśnienia pewnych dotychczas sprzecznych kwestyj, zestawił autor 100 przypadków ropni mózgowych powstałych po zapaleniu ucha. Pomiędzy niemi znachodziły się ropnie w 62 przypadkach w mózgu, w 32 móżdżku, w 6 w obu. Płeć męska była dotknięta ropniami mózgowemi 2 razy częściéj niż żeńska, a prawa strona o wiele częściéj bywa zajętą niż lewa. Samowolne pęknięcie w stropie jamy bębenk. bardzo rzadko tylko zdaje się być powodem rozszerzania się ropienia z ucha na mózg. Z badania powyższych przypadków jednak wynika, że 1) ropienie po zapaleniu ucha w mózgu pojawia się przeważnie tam, gdzie choroby części skalistéj i sutkowéj sięgają aż do opony twardéj. 2) Opona twarda i istota mózgowa między zniszczoną kością a ropniem w mózgu są bardzo często chorobowe zmienione. Z tego wszystkiego wypływa, że wbrew dotychczasowym zapatrywaniom poważna część ropni mózgowych w przebiegu ropienia usznego rozwijających się znajduje się bardzo blisko miejsca pierwotnego zajęcia, a nierzadko z takowem stoi w wykazalnéj ciągłości. Ropień więc mózgowy pochodzący z choréj kości skalistéj lokalizuje się w sąsiednich częściach mózgu, a zatem w płacie skroniowym lub w odpowiedniéj połowie móżdżku. Najczętszem powikłaniem ropnia mózgowego pochodzenia usznego bywa zakrzep w zatoce żylnéj poprzecznéj. Ropne zapalenie opony istniało 17 razy, przebicie w komórki boczne w 10, w komorę czwartą w jednym przypadku. Do odróżnienia ropnia otytycznego w płacie skroniowym od znajdującego się w móżdżku służy doświadczenie, że choroby kości w zakresie średniego dołu czaszkowego a szczególnie w stropie jamy bęb. i sutkowéj sprowadzają ropień w płacie

skroniowym, cierpienia zaś usadowione w tylnym dole czaszkowym ropień móżdżku. Opukiwając czaszkę można niekiedy znaleść miejsce nad ropniem bolesnem. Ból dobrowolny ma zdaniem autora tylko bardzo mierne znaczenie pod względem oznaczenia miejsca choroby. Zawrót głowy równie występuje w ropniu mózgu jak i móżdżku. Zapalenie n. wzrokowego jest częstym objawem ucisku mózgowego w takich ropniach. Z objawów ogniskowych zasługują na baczną uwagę zaburzenia w mowie w celu wyśledzenia miejsca choroby, bo występują tylko w ropniach mózgu po lewéj stronie i dlatego rzadko tylko pojawiają się. Porażenie połowicze i niedowład połowiczy zauważano 6 razy wobec ropni w płacie skroniowym. W 2 przypadkach dołączyło się porażenie n. twarzowego skrzyżowane. Równostronne porażenie n twarzowego jest skutkiem uszkodzenia nerwu w jego przebiegu wśród schorzałéj kości skalistéj. (*Archiv f. Ohrenheilkunde*. T. 29., zeszyt 1, 2.) *Dr. Spira.*

Choroby weneryczne i skórne.

Dr. Feibes (Akwizgran): **Przypadek „reinfekcyi" kiłowéj.**

Kwestyja reinfekcyi kiłowéj pozostaje w ścisłym związku z kwestyją uleczności kiły. Przypuścić należy, iż kiłą zarazić się może powtórnie tylko ten, który z poprzedniego zarażenia nabytego jadu już się zupełnie pozbył. Zdania syfilidologów są podzielone, a pomyłki są możliwe. Molène n. p. opisuje przypadek, w którym wrzód miękki, który wskutek lapisowania stwardniał, za sklerozę wzięto. Pacyjent następnie zażywał antipyrynę z powodu bólu głowy; regularnie po zażyciu występowała plamista wysypka, którą za syfilityczną brano. Feibes opisuje jednak przypadek, który leczył przy pierwszéj i drugiéj infekcyi, niepewność zatem, czy pierwsza infekcyja była rzeczywiście syfilityczną, ustępuje zupełnie. Mężczyzna 23-letni zaraził się wrzodem o wszelkich cechach wrzodu twardego. W swoim czasie pojawiła się wysypka jakoteż *ecthyma* na kończynach dolnych. Przy leczeniu podskórnem *cum Hydrargyro salicylico* 0·10 *pro dosi* wszelkie objawy w przeciągu 50 dni ustąpiły. Po kilku miesiącach zjawił się pacyjent powtórnie z wrzodem twardym na innem miejscu niż poprzedni będącym; wystąpiły także objawy drugorzędne. Przypadek ten jest dowodem rzeczywistego istnienia reinfekcyi. (*Berl. kl. Wschft.* Nr. 40, 1891).

Nikulin (Moskwa): **Kiła opłucny.**

Kiłą opłucny mało się dotychczas zajmowano. W wielu podręcznikach ledwie kilka słów wzmianki o niéj znajdujemy. Według Lanceraux, Mauriaca i Virchowa kiłę opłucnową podzielić możemy na trzy gatunki: 1) Kiłę płucno-opłucnową przez przejście zmian chorobowych z jednego organu na drugi (*Pleuro-pneumonia syphilitica*). 2) Kiłę okostno-opłucnową przez przejście zapalenia kiłowego okostny żeber na opłucną (*Peripleuritis syphilitica*). 3) Zmiany kiłowe w saméj opłucny samoistnie występujące (*Pleuritis syphilitica*). Autor opisuje dwa przypadki z kliniki prof. Sacharjina w Moskwie, z których pierwszy odpowiada 2-éj a drugi 3-éj formie poprzedniego podziału.

Pierwszy przypadek dotyczy mężczyzny w sile wieku będącego, skarżącego się na bezdech, ciągły kaszel i kłucie pod prawą łopatką. Badanie przy bliższym dotyku wykazuje obrzęk, który ciągnąc się ku linii pachowéj powoli ginie. Żeber wymacać nie można. Wypuk miejsca tego tępy, wysłuch wykazuje osłabione szmery oddechowe. Chory gorączkuje. Żadne leczenie nie przynosi polepszenia, dopiero po terapii przeciwkiłowéj w postaci jodku potasu cierpienie w przeciągu kilku dni zupełnie ustąpiło.

W drugim przypadku chory skarżył się na silne kłucie w różnych częściach piersi. Wywiady wykazują, że cierpi od 12 lat na zakażenie kiłowe. Żona przeważnie roniła. Badanie wykazuje wypuk płuc wszędzie normalny. Przysłuch stwierdza tarcie opłucnowe po obu stronach na dole i w tyle. Szmery oddechowe pęcherzykowe. Ze względu na dawne zakażenie kiłowe przypuszczał N. zapalenie opłucny natury specyficznéj. Aby jednak się lepiéj o tem przekonać, zastosował zwykle w takich razach leczenie. Było ono jednak zupełnie bezskuteczne. Teraz dopiero przystąpił autor do leczenia przeciwkiłowego. Po 2 tygodniach ciepłota opadła do normalnéj; objawy wysłuchowe i bóle zupełnie ustąpiły. Jestto dowodem, iż zadrażnienie opłucny tylko produktami zarazka kiłowego wywołane być mogło. (*Berl. kl. Wsch.* Nr. 40, 1891).

A. Philipson (Hamburg): **Leczenie rzeżączki chronicznéj.**

W celu rozpoznania umiejscowienia choroby należy przedewszystkiem przestrzyknąć i dokładnie obmyć część przednią cewki moczowéj. Jeżeli bezpośrednio oddany mocz zawiera nitki i grudki śluzowe, nie podlega wątpliwości, że mamy do czynienia z *urethritis posterior*. Badania tym sposobem podjęte wykazały, że w 86% przypadków mamy zajęcie tylnéj części cewki, które zazwyczaj już po kilku tygodniach, od początku trypra cechując, występuje. W tych przypadkach stosowanie wstrzykiwań za pomocą zwykłéj strzykawki jest bezcelowe. Tak chętnie przez praktyków używana sonda, stosowaną być może tylko w przypadkach zadawnionych o skąpym wypływie. P. nie jest także zwolennikiem antroforów Stefana i poleca następującą metodę: Za pomocą wprowadzonego giętkiego kateteru Nélatona wstrzykuje wprost do pęcherza 150 gr. rozczynu azotanu srebrowego 1:3000, wyjmuje kateter i każe przez parcie na pęcherz drogą naturalną rozczyn wypuścić. Jeżeli nie występuje większa reakcyja, wstrzykuje przez dni 8 codziennie. Metoda ta posiada następujące zalety: 1) Lek rozpościera się jednostajnie w całéj cewce moczowéj. 2) Nie wywołuje żadnego zadrażnienia a zatem i żadnych innych cierpień ubocznych. 3) Jest tak prostą, iż i nie specyjalista wykonywać ją może. 4) Wyniki jéj są lepsze aniżeli metod innych. (*W. m. W.* Nr. 38, 1891). *Dr. Mendelsburg.*

Położnictwo.

A. Czempin: **W sprawie wydalania popłodu.**

Autor przechodzi naprzód historycznie rozwój kwestyi o zachowaniu się lekarza, względnie interwencyi jego w porodzie popłodu. Przytacza walkę zdań i zapatrywań najznaczniejszych lekarzy w początku i połowie naszego wieku, oddając Credému pierwszeństwo nie w inicyjatywie, lecz w rozpowszechnieniu nauki o zewnętrznym sposobie uwalniania łożyska, który mając za podstawę fizyjologiczny przebieg porodu, w znacznéj liczbie wyklucza niebezpieczne nieraz zabiegi śródmaciczne.

Mimo to jednak podniosły się poważne głosy także i przeciw téj metodzie, jak Dohrna, Rungara a szczególniéj Ahlfelda, który obserwował bardzo złe wyniki po zastosowaniu tego rękoczynu, jak oderwanie błon, pozostawanie części łożyska w macicy, następowe krwotoki i zakażenia połogowe. Podał tedy metodę zupełnie wyczekującą.

Badania pod tym względem przez szkołę niemiecką uskutecznione, a tyczące się głównie fizyjologii trzeciego okresu porodowego, dały następujące wyniki: Okres ten dzieli się na trzy fazy:

1) Oddzielenie się łożyska i błon od ściany macicy. 2) Wypchnięcie odklejonego łożyska z jamy macicy. 3) Urodzenie zupełne popłodu. Proces zaś jest tego rodzaju, że skutkiem ostatniego bólu, który płód na świat wypchnął, macica tak się kurczy wśród pierwszego popłodowego bólu, że łożysko musi się odkleić. Wspomaga zaś i krwotok założyskowy, coraz więcéj łożysko odklejający, przy pomocy bólów. Następne bóle spychają je niżéj, aż w 30 minut po urodzeniu się płodu łożysko znajduje się za wejściem do pochwy. Łożysko zaś przechodzi przez otwór w błonach, którym już płód się wydobył, a błony wychodzą naostatku, obejmując skrzepy z krwotoku pozałożyskowego. (Schultzego przebieg). Równocześnie macica zmienia kształt, wydłużając się w osi podłużnéj, a zmniejszając się w poprzecznéj i podnosi się w górę, bo łożysko wstąpiło do dolnego odcinka.

Rzadki, bo w 20% przypadków przebieg Dunkana, gdzie łożysko ześlizguje się po ścianie macicy, nie wchodzi w rachubę, bo zazwyczaj zdarza się tam, gdzie łożysko jest nizko umiejscowionem.

Te doświadczenia więc wskazują, że łożysko bez żadnéj pomocy zewnętrznéj, tylko siłami macicy zostaje odklejonem

i do dolnego odcinka zchodzi. Przeciwnie, gdy się uciska, przeszkadza się fizyjologicznemu przebiegowi, części błon łatwo pozostają, a pozałożyskowy krwiak, który w normalnych warunkach działa jak tampon na otwarte naczynia, zostaje zawczas usuniętym, skutkiem czego nowe powstają krwotoki, a otwarte naczynia wolniéj skrzepami się zatykają. Nadto zawcześnie ustaje bodziec, drażniący ścianę macicy do kurczenia się, która zawczasu wypróżniona skłonną jest do zwiotczenia, wywołując krwotoki następowe.

Wrzekoma korzyść, jakoby skutkiem zabiegu Credégo położnica mniéj krwi traciła, została zaprzeczoną doświadczeniami Ahlfelda i Schauty, którzy stwierdzili, że właśnie przeciwnie się dzieje. Dla tego Ahlfeld radzi czekać $^1/_2$ godziny po urodzeniu się płodu, w którym to czasie już łożysko w pochwie znajdować się winno. I jeżeli jakieś anormalne stosunki nie wymagają energicznego działania, zostawić na pół rozwiązaną kobietę spokojnie. Jeżeli zaś z pochwy się popłód sam nie wydobywa, lub krwawienie nieprawidłowe występuje, wtenczas dopiero massując macicę, uwolnić ją od zawartości. Niezbędną wszakże jest rzeczą, jak autor powiada, aby lekarz obznajomionym był dokładnie z objawami fizyjologicznemi tych trzech faz odklejania i wydobywania się łożyska i aby pilnie cały przebieg łożyska obserwował. Wreszcie po $^1/_2$ godzinnem czekaniu, gdy odklejone już łożysko luźnie w dolnym odcinku macicy spoczywa, można, bez szkody żadnéj dla położnicy, lekkiem ugniataniem macicy w kierunku osi miednicy łożysko wydalić.

Gdy się zaś z obserwacyi okaże, że łożysko się nie odkleja, lub że krwawienie jest znaczne, natenczas dopiero należy użyć metody Credégo, ale nie długo, a gdy ona nie prowadzi do skutku pomyślnego, po dokładnem odrażeniu i rodzącéj i rąk, wykonać potrzebny rękoczyn. (*Berl. klin. Woch.* 1891, Nr. 2). *Wł. Harajewicz.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 października. W ciągu bieżącego tygodnia rozpoczęły się wykłady w Wydziale lekarskim. W spisie urzędowym zapowiedzianych zostało na półrocze zimowe 45 wykładów: na wykłady te składają się 22 profesorów i 7 docentów prywatnych, przy pomocy 18 asystentów i demonstratorów. Od czasu ogłoszenia spisu liczba profesorów zmniejszyła się o dwóch, a mianowicie przez śmierć nieodżałowanego prof Kopernickiego i przez wyjazd na pół roku do Wiednia prof. Adamkiewicza. — Luka powstała przez ubytek pierwszego zapewne nie tak prędko wypełnioną zostanie, a to z dwóch powodów, raz dlatego, że katedra antropologii nie jest systemizowaną, a powtóre, że nie tak prędko znajdzie się antropolog polski, któryby był godny zastąpić ś. p. Kopernickiego; wyznaczeniem zaś zastępcy prof. Adamkiewicza Wydział lekarski zajmie się już na najbliższem swem posiedzeniu. Nadto dwóch innych profesorów niedomaga od dłuższego czasu, zachodzi więc pytanie, czy wykłady ich przyjdą do skutku. Natomiast zaznaczamy z prawdziwą przyjemnością, że prof. Oettinger, który z powodu ukończenia 70-go roku życia przeszedł w stan spoczynku, zapowiedział i nadal wykłady swoje z historyi medycyny i literatury lekarskiéj, do czego według ustawy ma prawo, a co dla nas jest tem pożądańszem, o ile dotychczas nie ma nadziei pozyskania młodszéj siły, którąby z równem powodzeniem zdołała zastąpić zasłużonego profesora, którego wykłady tak pod względem przedmiotowym jako też językowym są znakomitemi i dlatego spodziewamy się, że pp. słuchacze medycyny nie zaniedbają sposobności, aby skorzystać z wykładów, które im przypomną złoty wiek pięknego języka naszego, obecnie niestety tak często poniewieranego.

* D. 13 b. m. obchodzono w Berlinie urodziny 70-te Rudolfa Virchowa, a stronnicy jego parlamentarni ofiarowali mu piękny upominek. Uroczystość ta odbyła się w gronie familijnem, w którem znalazł się i przyszły zięć jubilata, profesor anatomii z Pragi Rabl. We Wiedniu prof. Nothnagel, jako były uczeń jego, rozpoczął w tym dniu wykłady swoje od apoteozy mistrza oddając mu świadectwo, że na ostatnim Zjeździe w Hali przed trzema tygodniami zastał go tak rzeźkim i wymownym, jak wówczas, gdy był jego uczniem. Oprócz wielkich zasług, które Virchow położył dla nauki, cały świat cywilizowany wielbi zacność jego charakteru i sprawiedliwość dla innych. To też świat cały, dokąd tylko nazwisko Virchowa sięga, składa hołd mężowi pod każdym względem zasłużonemu.

* W tygodniu 39-tym (od 27 września do 3 października) było w Krakowie małżeństw 16, urodzin 50, skonów 43; z tych z zapalenia płuc 9, z gruźlicy 7, z dławca i błonicy 4, z nieżytu żołądka i jelit 4.

* **Rosyja.** W dniu cesarskich imienin następujący lekarze wojskowi otrzymali ordery: św. Włodzimierza kl. 3-éj: Mikołaj Wojciechowicz; kl. 4-éj: Wincenty Konstantynowicz, Benedykt Podhajecki, Bolesław Sawicki; św. Anny kl. 2-éj: Ludwik Dubiński, Władysław Majewski, Józef Kondratowicz, Alojzy Szuszkiewicz; kl. 3-éj: Konstanty Borysiewicz, Jan Przybylski, Jan Antoni Dylewski, Józef Jankiewicz, Bron. Józef Zygmunt Poraziński, Stanisław Solski, Faustyn Kraskowski, Józef Maryjan Feliks Bieliński, Leonard Ryszard Nejman, Kazimierz Elsner; św. Stanisława 2-éj kl.: Bronisław Trojanowski, Alfons Władysław Kelner, Gustaw Jan Kazimierz Marks, Michał Poreczyński, Adolf Keller, Piotr Januszkiewicz; 3-éj kl.: Waleryjan Bekarewicz, Mikołaj Maszewski, Bron. Julijan Kozłowski, Józef Antoni Rojecki, Piotr Marecki, Józef Daszkiewicz, Hieronim Szelagórski, Emil Terlecki, Zygmunt Czygłowski.

Prof. Sorokin, wykładający medycynę sądową w petersb. lek. akademii, przechodzi w stan spoczynku, miejsce jego czasowo będzie zastępować prof. Iwanowski. — Kupiec odeski A. Brodzki ofiarował 20,000 rs. na szpital starozakonnych. — W Berdyczowie zmarł Dr. Stanisław Fijałkowski, znany w literaturze oftalmicznéj. *Dr. J. T.*

* **Wiadomości osobowe.** — Prof. zwyczajny oftalmologii w Insbruku, Dr. Michał Borysiekiewicz zamianowany został profesorem zwyczajnym tego przedmiotu w Grazu. — Prof. nadzwycz. Dr. Zygmunt Exner we Wiedniu mianowany został profesorem zwyczajnym fizyjologii i przełożonym jednego z dwóch zakładów fizyjologicznych tamże.

* **Nekrologija.** We Wiedniu umarł w 71 roku życia Dr. Jakób Pollak, b. lekarz przyboczny szacha perskiego Nasr-Eddina. W r. 1851 wezwany z Wiednia do Teheranu na posadę nauczyciela chirurgii wojennéj w szkole wojskowéj, w krótkim czasie tak wyuczył się był języka perskiego, że nietylko już po upływie roku był w stanie w języku tym wykładać, lecz nadto napisał anatomiję i fizyjologiję. w języku perskim, oraz ułożył słownik lekarski dla swoich uczniów. Będąc w wielkich łaskach u szacha wymógł założenie kliniki chirurgicznéj w stolicy. Powróciwszy w r. 1864 do Wiednia opracował wielkie dzieło o Persyi, szczególnie pod względem botanicznym i zoologicznym, oraz pełnił obowiązki nauczyciela języka perskiego w Uniwersytecie wiedeńskim. Nadto aż do końca życia wykonywał praktykę lekarską we Wiedniu i w Ischlu. Zaszczycony był licznemi orderami i cieszył się uznaniem uczonych. — W Klausenburgu umarł nagle prof. dermatologii Dr. Geber, uczeń Hebry i b. docent we Wiedniu, nie ukończywszy 50 lat życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 39: Radziszewskiego: Czyrak i wąglik; Grünbauma i Centnerszwera: O ruchu chorych w lecznicy chirurgicznéj. — W *Gazecie Lek.* Nr. 39: Macfadyena, prof. Nenckiego i Siberowa: Badania nad zjawiskami chemicznemi w kiszkach cienkich u człowieka; Obalińskiego: O surowiczych torbielach zaotrzewnowych; Puławskiego: Spostrzeżenia klin. nad zastrzykiwaniami soku jądrowego (metodą Brown-Séquarda) (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 21 października b. r. o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Lazarskiego (ul. św. Anny *Colleg. physic*). — Porządek dzienny: 1) kol. prof. Pieniążek: Przedstawienie choréj. 2) Z oddziału prof. Pareńskiego kol. Pohorecki: O wpływie *kali telluricum* na poty u suchotników. 3) Sprawy administracyjne.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Przy szpitalu św. Ludwika dla dzieci w Krakowie, opróżnioną jest posada sekundaryjusza z płacą roczną 400 złr. w. a.

Posada ta nadaną będzie na lat dwa. — Podania przyjmuje Dyrektor tegoż szpitala do d. 26 października 1891 r.

L. 19.782 **OGŁOSZENIE KONKURSU**

Przy przemyskim szpitalu powszechnym opróżnioną została posada prymaryjusza z płacą roczną do końca roku 1891 w ilości 800 złr. w. a. zaś od dnia 1 Stycznia 1892 roku w ilości 900 złr. w. a.

Kandydaci do téj posady muszą oprócz dostatecznéj fizycznéj zdatności posiadać następujące warunki:

1. obywatelstwo austryjackie,
2. stopień doktora wszech nauk lekarskich uzyskany na jednym z uniwersytetów austryjackich,
3. dwuletnią praktykę szpitalną oraz poświadczenie, że wykonywali znaczniejsze operacye,
4. dokładną znajomość języków krajowych,
5. nieskazitelny charakter.

Podania co do powyższych wymogów należycie udokumentowane wnosić należy do Prezydyjum Magistratu w Przemyślu do końca października 1891.

Z Magistratu miasta Przemyśl, dnia 27 września 1891.

92 – 3—3 *Dworski.*

P. T. Upraszam szan. Kolegów o łaskawe natychmiastowe doniesienie, gdyby się gdziekolwiek pojawiła ospa naturalna na wymieniu u krów. Wszelkie z doniesienia wynikłe koszta, jakoto listy, telegramy, koszta podróży, chętnie ponoszę i natychmiast z podziękowaniem zwracam. Z poważaniem prof. Dr. A. Barański.
Adres telegramu: Dr. Barański Lwów.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.